ZUR KASUISTIK DER STECKSCHÜSSE

AUSZUG AUS DER
INAUGURAL-DISSERTATION,
ZUR ERLANGUNG DER MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE
AN DER
FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT
ZU BERLIN

VON
AUGUST HERZOG
AUS KÖNIGSBRONN (WÜRTTEMBERG)

TAG DER PROMOTION: 11. MÄRZ 1921.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

CAMMIN (POMMERN)
DRUCK VON FORMAZIN & KNAUFF
1923.

958

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Referenten: Prof. Dr. **Köhler**
Prof. Dr. **O. Hildebrand**

Die bedeutenden Entdeckungen auf dem Gebiete der Naturwissenschaften haben es ermöglicht, die Erkennung, Beurteilung und Behandlung von Kriegsverletzungen, besonders Steckschußverletzungen in ganz andere Bahnen zu leiten.

Die Hauptfaktoren für das Zustandekommen eines Steckschusses sind einerseits die Eigenschaften des Projektils: Masse, Form, Geschwindigkeit und Bewegung um die eigene Axe, andererseits die der getroffenen Gewebe: Härte, Elastizität und Dicke der zu durchschlagenden Körpergegend.

Anscheinend eingeheilte Geschosse sind wegen der großen Gefahr der latenten Infektion durchaus nicht so harmlos, wie sie früher angesehen wurden. Daher sollen fühlbare und leicht erreichbare Geschosse stets entfernt werden, während für schwer erreichbare Projektile eine strenge Indikationsstellung zu verlangen ist.

Für das Zustandekommen einer Wanderung sind von Einfluß die topographische Lage, die Größe und Form des Fremdkörpers und die Hindernisse, die sich ihm in den Weg legen. Als treibende Kraft kommen in Betracht die Schwerkraft des Geschosses, die Muskelkontraktionen und das Bestreben des Körpers, den Fremdkörper auszustoßen. Größere Wanderungen sind meist mit Eiterung verbunden nach Art der Senkungsabszesse. In seltenen Fällen werden Projektile embolisch verschleppt.

Die Kasuistik der echten Geschoßwanderung ist eine ungemein dürftige im Verhältnis zu der ungeheuren Zahl der Steckschüsse, die im Kriege vorgekommen sind.

In der chirurgischen Klinik der Charité wurden während des Krieges 374 Fälle von Steckschußverletzungen beobachtet und zwar 26,2 % Infanteriegeschosse, 7,7 % zertrümmerte Infanteriegeschosse, 19,3 % Schrapnellkugeln, 38,8 % Granatsplitter und 8 % Handgranaten-, Minen-, Bomben- usw. Splitter.

Der Lokalisation nach waren 11,5 % im Schädel, 4 % im Hals, 7 % in der Brust, 2 % in der Wirbelsäule, 2,4 Prozent im Bauch, 8,3 Prozent im Becken, 13 Prozent in der oberen Extremität, 38 % in der unteren Extremität, 4,7 % in Gelenken, 4 % im Rücken und 5,3 % in der Schulter.

Zur Kasuistik wurden zwei Fälle geliefert:

1. Ein Infanteriegeschoß an der 9. Rippe rechts vorn, welches einen Anfall von Zwerchfellkrampf auslöste, obgleich es scheinbar reaktionslos eingeheilt war.
2. Ein Fall von Schrapnellsteckschuß in der Schilddrüse. Einschuß am Kinn.